



TITLE:

## 陳旧性副腎血腫の1例

AUTHOR(S):

四柳, 智嗣; 前田, 雄司; 布施, 春樹; 平野, 章治

---

CITATION:

四柳, 智嗣 ...[et al]. 陳旧性副腎血腫の1例. 泌尿器科紀要 2001, 47(1): 23-25

ISSUE DATE:

2001-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/114445>

RIGHT:

## 陳旧性副腎血腫の1例

厚生連高岡病院泌尿器科 (部長: 平野章治)

四柳 智嗣\*, 前田 雄司\*, 布施 春樹, 平野 章治

## OLD ADRENAL HEMATOMA: A CASE REPORT

Satoshi YOTSUYANAGI, Yuji MAEDA, Haruki FUSE and Shoji HIRANO

From the Department of Urology, Kouseiren Takaoka Hospital

A 75-year-old man was admitted to our hospital for closer examination of a left mass. Warfarin and calcium-antagonist for arrhythmia and hypertension had been administered for about 2 months before admission to our ward. Abdominal ultrasonography revealed a left adrenal mass 5 cm in diameter. Only serum noradrenalin was slightly elevated in endocrinological studies. In  $^{131}\text{I}$ -MIBG scintigraphy, uptake of radio-isotope at the adrenal gland was not revealed. Computed-tomographic (CT) scan showed left adrenal mass with a low density in the central area and iso-density in the peripheral area. The enhanced CT scan revealed enhancement in only the peripheral area of the left adrenal gland. Magnetic resonance imaging (MRI) showed a different intensity in the central area or peripheral area. Only the peripheral area of the mass was enhanced on dynamic MRI. Left adrenalectomy was performed. Histopathological examination revealed an old hematoma in the adrenal medulla without neoplastic cells or vascular lesions.

(Acta Urol. Jpn. 47: 23-25, 2001)

**Key words:** Adrenal hematoma, Incidentaloma, MRI, CT

## 緒 言

臨床における副腎出血は、比較的稀であり、その症状においても出血部位、出血量、副腎機能の変化、基礎疾患の有無によって無症状のものからショック状態で発症した急速に死亡する例まで様々である。また近年、画像診断技術の発達により副腎 incidentaloma に遭遇する機会も増えており、その内分泌活性も含め手術を要する際には、術前診断は重要である。今回われわれは CT にて偶然発見された副腎腫瘍に対し、副腎腫瘍を考え手術した結果、陳旧性副腎血腫であった症例を経験したので報告する。

## 症 例

患者: 75歳, 男性

主訴: 全身倦怠感

家族歴: 特記すべきことはなし

既往歴: 50歳で腸閉塞により手術。59歳, 前立腺肥大症にて TURP 施行され、同時期に不整脈あり内科にて心臓造影を施行。75歳時, 内科入院時に高血圧, 多発性脳梗塞, 肥大型心筋症, 不整脈を指摘され, 抗血小板剤とワーファリン。降圧剤としてカルシウム拮抗剤による薬物療法を開始。

現病歴: 1998年2月より全身倦怠感を自覚するよう

になり当院内科を受診。高血圧, 全身倦怠感の原因として, 不整脈を伴う肥大型心筋症を指摘され内科へ入院後, 抗血小板剤とワーファリン, 降圧剤としてカルシウム拮抗剤による薬物療法を開始。同年3月, 高血圧の原因精査のため施行された腹部超音波検査にて左副腎に約 5 cm 大の腫瘍像を指摘されたため当科外来を紹介受診。当科による精査加療を予定したが, 間質性肺炎, 多発性関節炎に罹患したため内科にてステロイドパルス療法を施行された。1998年4月20日, 間質性肺炎, 多発性関節炎の改善を認めたため, 経口ステロイド剤 (プレドニゾン 30 mg) 内服した状態で副腎腫瘍の精査加療のため当科へ転科した。間質性肺炎の原因については内科にて膠原病の存在も含めて精査されたが不明であった。

入院時現症: 身長 159 cm, 体重 56 kg, 血圧は降圧剤内服下で 138/65 mmHg。顔貌正常, 中心性肥満, 先天奇形なし。腹部, 平坦軟, 圧痛なし。正中に手術痕認めるほか, 胸部, 外性器に異常なし。Bafalo hump などの異常を認めなかった。

入院時検査所見: 心電図, 胸部 X-p に異常なし。血算, 生化学, 尿検査所見では軽度貧血を認めるのみで他に明らかな異常は認めず (WBC  $6,200/\mu\text{l}$ , RBC  $376 \times 10^4/\mu\text{l}$ , Hb 11.7 g/dl, Ht 34.6%, plt  $15.8 \times 10^4/\mu\text{l}$ , BUN 23.7 mg/dl, UA 4.4 mg/dl, Cr 0.8 mg/dl, Na 141 mEq/l, K 4.0 mEq/l, GOT 12 IU/l, GPT 20 IU/l, LDH 203 IU/l, ALP 110

\* 現: 金沢大学医学部泌尿器科学教室

IU/l, CPK 37 IU/L, FBS 86 mg/dl).

内分泌学的検査：血中、尿中のカテコラミン、アルドステロン、コルチゾール、ACTH ではノルアドレナリンの軽度上昇以外に異常を認めなかった（血清コルチゾール 199.3 mg/dl, ACTH 58.9 pg/ml, アルドステロン 67.0 pg/ml, アドレナリン 0.041 ng/ml, ノルアドレナリン 0.580 ng/dl, レニン 0.43 ng/ml/hr, 尿中コルチゾール、アルドステロン、VMA すべて正常範囲内）。

核医学検査： $^{131}\text{I}$ -MIBG scan, 副腎に集積は認められず。bone scan, Ga scan では明らかな異常を認めず。

画像診断：腹部 CT では左副腎に約 5 cm の辺縁平滑で円形に腫大した、内部に低吸収域、辺縁は等吸収域、造影剤にて辺縁のみ陰影増強がある腫瘤を認めた (Fig. 1)。MRI では同様に左副腎に 5 cm の腫瘤を認め、内部は T1 強調像で均一な高信号、T2 強調像では低信号域で辺縁は T1 低信号、T2 高信号域を認めた (Fig. 2)。Gd-DTPA による Dynamic MRI では内部に変化はなく、辺縁のみ陰影増強を認められ、放

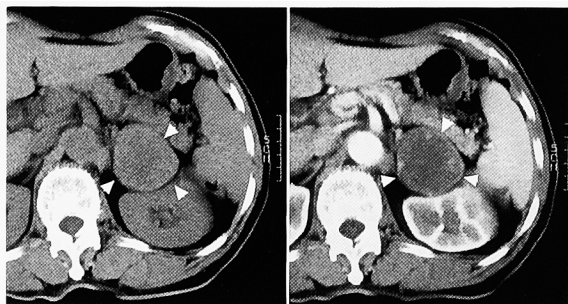


Fig. 1. Plain CT (left) shows a mass about 5 cm in diameter, which consists of low density in the central area and iso-density in the peripheral area. Enhanced CT (right) showed the tumor which was peripherally enhanced with contrast medium (arrow).

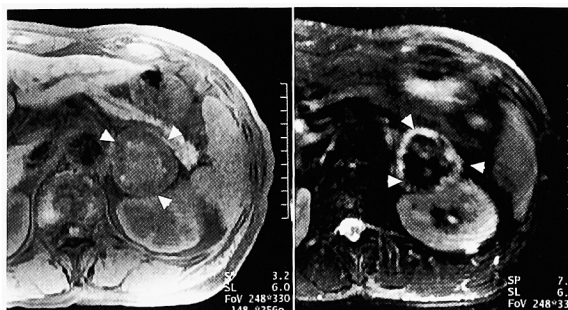


Fig. 2. T1-weighted MRI (left) shows high intensity in the central area of the mass and low intensity in the peripheral area. T2-weighted MRI (right) shows low intensity in the central area of the mass and high intensity in the peripheral area.



Fig. 3. Gd-DTPA enhanced T1-weighted MRI shows enhancement of the peripheral area of the mass.

射線科医の読影では内部壊死に陥った血管腫を疑われた (Fig. 3)。

以上の検査所見より、われわれは左副腎のホルモン非活性腫瘍を疑い、その大きさが径 5 cm と大きく、悪性腫瘍の存在も否定できないため、1998年 5月 6日左副腎摘除術を施行した。腹腔鏡手術は腫瘤の大きさ、50歳時に腸閉塞の手術を施行されていることより選択しなかった。

手術所見：Chevron の横切開にて経腹膜的に後腹膜腔へ達した。副腎腫瘍と周囲組織に癒着はなく容易に剥離可能であり、正常と思われる副腎組織も含めて一塊に摘除した。術中、術後に血圧の変動などは認められなかった。

摘除標本：大きさ 4.5×4.5×3.8 cm, 表面平滑な腫瘍でその断面では辺縁は強い暗赤色、中心部は暗赤色、充実性の組織であった (Fig. 4)。

病理組織学的所見：中心部は陳旧性の血腫でその辺縁には菲薄化した副腎皮質と小血管腔をみとめ (Fig. 5)、血腫の器質化と考えられ、副腎髓質の血腫と診断された。腫瘍性病変や出血の原因となる異常な血管病



Fig. 4. Macroscopic appearance.

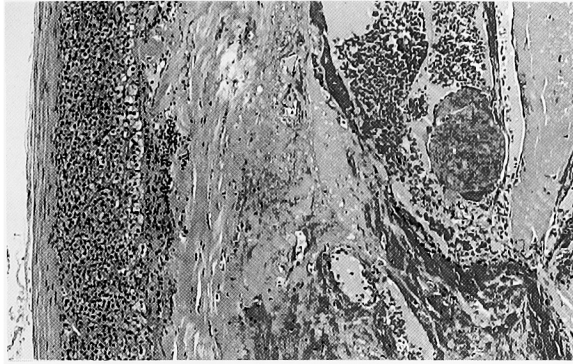


Fig. 5. Histopathology of specimen shows old hematoma and normal adrenal tissue.

変は認められなかった。

## 考 察

小児, とくに新生児の副腎出血に比べ成人における副腎出血は稀である。剖検例よりその発生率は0.14~1.1%といわれている<sup>1)</sup> 出血の程度は副腎実質内に限害するものが多く, 実際に臨床の場で問題となるものは少ないといわれている。外傷, ストレス, 抗凝固療法, 手術, 敗血症, 低血圧, 腫瘍による副腎出血の報告例がみられ, 臨床症状を認める急性副腎出血では褐色細胞腫によるものが最も多いといわれている<sup>2)</sup> 1967年の Becher ら<sup>3)</sup>の報告では外傷によるものが63%を占める。

その症状は突然ショック状態になるものや, 激しい季肋部痛, 側腹部痛を訴えるもの, 腹部腫大など様々である。剖検例における頻度より無症状のものも多いと思われる。出血の成因としては中毒症, 重症感染症, 全身の出血傾向, 梗塞, 高血圧, 動脈硬化, 動脈瘤による血管壁の脆弱化, 血管炎など, 良性, 悪性腫瘍の二次変性などが考えられている<sup>4)</sup> 出血をきたす解剖学的因子としては, 副腎は豊富な血液供給をうけて流入血管が多い割には静脈血の流出路が少ないこと, 血管壁が脆弱なことが要因と言われている<sup>5)</sup> ストレスについては ACTH の分泌増大が副腎血流量を増加させること, ACTH が副腎皮質に局所的壊死を起すことが要因といわれている。本症例では側腹部痛などのエピソードはなく無症状で, 腹部 CT, 超音波検査にて偶然発見され, 画像所見より出血を伴う腫瘍性病変との術前診断にて手術を施行した。本症例の出血の原因についてはワーファリンを投与されていること, 基礎疾患に高血圧があることが関与している可能性も否定できないが, ワーファリンは投与開始後まだ期間が短いことより原因としては断定できず不明である。

副腎出血の診断には病歴と, MRI がもっとも重要といわれている。血腫の診断がされれば, 腫瘍の存在が認められないときは経過観察で良いとされている。

副腎血腫の MRI 所見としては従来 T1, T2 ともに高信号の腫瘍とされていたが, 最近, 報告では血腫 5 例で T1 で 3 例低信号, 2 例同信号であったが T2 はすべて高信号であったとの報告がされた<sup>6)</sup> 本症例では内分の血腫の部位は T1 強調像で均一な高信号, T2 強調像では低信号域であり, Dynamic MRI では, 辺縁のみ陰影増強を認め, この報告とは一致しなかったことが診断を複雑にしたかもしれない。信号の違いは血腫の器質化の程度による差がでたことが考えられる。Dynamic MRI での腫瘍辺縁の増強効果の成因は不明で解釈に苦しむが過去には同様の所見を呈する副腎血腫の症例が報告されている<sup>7,8)</sup>

本症例においては病歴に出血を思わせるものがなく, CT, MRI で辺縁に増強効果を認めたことより血腫を疑わせる所見に乏しく, 大きさが 5 cm で腫瘍性病変の存在を否定できなかったため確定診断には手術は不可欠であったと考えられる。

## 結 語

75歳, 男性, CT, 超音波により偶然発見された副腎腫瘍との鑑別困難であった陳旧性副腎血腫の 1 例を経験した。

## 文 献

- 1) Xari VP, Sttele AA, Davis PJ, et al.: Adrenal hemorrhage in the adult. *Medicine* **57**: 211-221, 1978
- 2) 丹羽篤朗, 隅田英典, 水谷 優, ほか: 急性腹症を呈した巨大後腹膜血腫を形成する副腎出血の 1 例. *日救急医学会誌* **4**: 256-261, 1993
- 3) Becher H: Nebennierenblutungen, *Klinik und Pahtlogie. Munch Med Wochenschr* **50**: 2646-2650, 1967
- 4) 江島 栄: 副腎偽嚢腫の 1 症例: 病理と臨 **10**: 945-948, 1992
- 5) 鈴木範宣, 高木良雄, 柳瀬雅裕, ほか: 急性腹症を呈した特発性副腎出血. *臨泌* **50**: 309-311, 1996
- 6) Hoeffel C, Legmann P, Luton JP, et al.: Spontaneous uninateral adrenal hemorrhage: computerized tomography and magnetic resonance imaging finding in 8 cases. *J Urol* **154**: 1647-1651, 1995
- 7) Lawson DW, Corry RJ, Patton AS, et al.: Massive retroperitoneal adrenal hemorrhage. *Surg Gynecol Obstet* **129**: 989-994, 1969
- 8) Swift DL, Lingemann JE, Baum WC, et al.: Spontaneous retroperitoneal hemorrhage: a diagnostic challenge. *J Urol* **123**: 577-582, 1980

(Received on June 23, 2000)

(Accepted on July 14, 2000)